

Caso Clínico

LARVA MIGRANS CUTÂNEA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vasco Coelho Macias¹, Rodrigo Carvalho², Alexandra Chaveiro², Jorge Cardoso³

¹Interno do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/ Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia / Consultant, Dermatology and Venereology

³Chefe de Serviço, Diretor do Serviço de Dermatologia e Venereologia/ Consultant Chief, Head of Department of Dermatology and Venereology

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Curry Cabral, Lisboa, Portugal

RESUMO – A larva migrans cutânea representa uma das dermatoses mais frequentes nos turistas que regressam de países tropicais e sub-tropicais. O agente mais frequente é a larva *Ancylostoma brasiliensis* que habita no intestino de cães e gatos. Os humanos são afetados quando contactam com solo contaminado com os excrementos de animais infetados. Apresentamos o caso de uma professora, 39 anos de idade, natural e residente em Portugal que, após regressar de férias no Nordeste do Brasil, refere dermatose localizada à 4ª prega interdigital e porção adjacente do dorso dos pés, constituída por várias lesões eritematosas, pruriginosas, de trajecto serpiginoso, compatíveis com larva migrans cutânea. O quadro regrediu após terapêutica com Albendazol.

Devido à maior frequência de fluxos migratórios na atualidade, as dermatoses tropicais podem tornar-se mais frequentes nos países de clima temperado. Salienta-se a importância do aconselhamento dos turistas para a prevenção desta dermatose, nomeadamente através do uso de calçado protetor.

PALAVRAS-CHAVE – Larva migrans; Ancylostoma; Dermatoses tropicais.

CUTANEOUS LARVA MIGRANS – A CASE REPORT

ABSTRACT – Cutaneous larva migrans is one of the most frequent dermatoses among travelers returning from the tropics. *Ancylostoma brasiliense*, a larva that resides in the intestines of infected dogs and cats, is the most frequent agent of the disease. Humans are affected when they contact with contaminated soil.

We present the case of a Portuguese 39-year-old teacher that after returning from vacation in northeastern Brazil, developed a skin eruption localized to the 4th interdigital fold and adjacent portion of the dorsum of the feet, consisting of multiple erythematous, pruritic and serpiginous cutaneous trails, suggestive of cutaneous larva migrans. Complete cure was achieved after Albendazole therapy.

Due to the increased frequency of migration flows, tropical dermatoses may become more common in temperate countries. We emphasize the importance of tourists counseling and the use of protective footwear to prevent this disease.

KEY-WORDS – Larva migrans; Ancylostoma; Skin.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo.

The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.

Recebido/Received – Novembro/November 2012; Aceite/Accepted – Dezembro/December 2012

Caso Clínico

Correspondência:

Dr. Vasco Macias

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital de Curry Cabral

Rua da Beneficência, n8, 1069-166

Lisboa, Portugal

E-mail: vmcmacias@gmail.com

INTRODUÇÃO

As dermatoses constituem a terceira causa mais comum de morbilidade entre os viajantes¹, o que significa que cerca de 8% destes podem ser atingidos^{2,3}. A larva *migrans* cutânea é uma das dermatoses mais frequentes nos turistas que regressam de países tropicais ou subtropicais⁴⁻⁶, nomeadamente países da Ásia, África e América Latina. O agente mais frequente é a larva *Ancylostoma braziliense*. As larvas *Ancylostoma caninum*, *Uncinaria stenocephala* e *Bunostomum phlebotomum* são agentes mais raramente envolvidos. Estes parasitas habitam no intestino de animais vertebrados, sobretudo cães e gatos, sendo os seus ovos eliminados nos excrementos do hospedeiro. Uma vez no solo, os ovos originam larvas que permanecem viáveis durante várias semanas. Ao contactarem com solos ou areias contaminadas com os excrementos de animais infetados, os humanos podem tornar-se hospedeiros acidentais devido à capacidade que as larvas têm de penetrar nas camadas superficiais da pele humana através da produção de hialuronidase⁷ ou através dos folículos pilosos e glândulas sudoríparas⁸. Após penetrarem a camada córnea, a cada dia, as larvas migram vários centímetros na epiderme, induzindo uma resposta inflamatória. Uma vez que não têm capacidade de completar o seu ciclo de vida nos humanos, os parasitas acabam por morrer após um período médio de oito semanas, sendo assim uma doença autolimitada⁹. Apesar de habitualmente a infeção estar limitada à pele, foram descritos casos de Síndrome de Löffler com disseminação hematológica¹⁰.

CASO CLÍNICO

Uma professora de 40 anos de idade, raça Caucasóide, natural e residente em Portugal, aparentemente saudável e sem medicação de ambulatório foi observada em consulta de Dermatologia por dermatose localizada à 4ª prega interdigital e porção adjacente do

dorso de ambos os pés, constituída por várias lesões serpiginosas, eritematosas e pruriginosas com crescimento progressivo ao longo dos dias (Figs. 1 e 2). A dermatose teve início cerca de três semanas após regressar de férias no Nordeste do Brasil. Negava outras queixas associadas e o exame objetivo não revelava outras alterações.



Fig. 1 - Aspeto clínico das lesões no dorso do pé direito.



Fig. 2 - Aspeto clínico das lesões no dorso do pé esquerdo.

Caso Clínico

Tendo em conta o contexto epidemiológico e a apresentação clínica das lesões admitiu-se como diagnóstico provável larva *migrans* cutânea. A doente foi medicada com Albendazol 400mg com resolução completa das queixas.

DISCUSSÃO

Devido à maior frequência de fluxos migratórios na atualidade, as dermatoses tropicais podem tornar-se mais frequentes nos países de clima temperado. A larva *migrans* cutânea exemplifica bem essa tendência, podendo atingir até cerca de 25% dos turistas que regressam de zonas tropicais¹¹. Apesar disso, Heukelbach, et al¹² demonstraram que muitas destas dermatoses continuam a ser ignoradas, uma vez que menos de 14% dos indivíduos que recorreram a uma consulta de viajante receberam informação sobre o risco de contraírem larva *migrans* cutânea.

Habitualmente as manifestações clínicas consistem em lesões lineares ou serpiginosas, eritematosas, com cerca de 3mm de largura, que podem progredir vários centímetros por dia. Estas lesões são tipicamente muito pruriginosas e localizam-se mais frequentemente nos pés, extremidades inferiores e região glútea; as mãos, cotovelos e peito são mais raramente atingidos. A foliculite e reações vesiculares/bolhosas são formas de apresentação mais raramente descritas. Apesar de variável, o período de incubação médio é cerca de 15.5 dias¹¹.

Tendo em conta o contexto epidemiológico e as manifestações clínicas singulares, o diagnóstico clínico da larva *migrans* cutânea torna-se simples. Analiticamente este quadro pode cursar com hipereosinofilia e aumento dos níveis de IgE¹³. Quando realizada, a biopsia cutânea pode mostrar a presença de larvas localizadas no canal folicular, estrato córneo ou na derme acompanhadas de um infiltrado inflamatório eosinofílico. O diagnóstico diferencial deve levar em consideração outras parasitoses como a larva *migrans* visceral, *Strongyloides stercoralis*, escabiose, miíase e outras patologias mais comuns como a dermite de contato alérgica e urticária^{9,13}.

Apesar de habitualmente ter um curso benigno e ser autolimitada, o tratamento da larva *migrans* cutânea é justificado pelo alívio do prurido, diminuição da duração do quadro e evicção de potenciais complicações tais como impétigo, eczema ou disseminação hematológica^{9,14}.

Múltiplas opções terapêuticas foram descritas para a larva *migrans* cutânea. As modalidades físicas, como

a crioterapia ou excisão cirúrgica, são muitas vezes ineficazes uma vez que a larva habitualmente se situa 1 a 2cm para além das lesões cutâneas visíveis, no entanto mantêm-se como uma alternativa apropriada durante a gravidez⁹. O Tiabendazol tópico 10-15% tem revelado boa tolerabilidade e elevadas taxas de sucesso, no entanto tem o inconveniente de ser uma alternativa morosa (5 a 15 dias de aplicação) e de necessitar de três aplicações diárias, o que o torna menos adequado para doentes com múltiplas lesões^{14,15}. É ineficaz nas formas de foliculite provocada pela larva *migrans*. Diversas terapêuticas sistémicas foram descritas: o Tiabendazol, na dose de 50mg/kg (máx 3g/dia), é pouco eficaz em toma única, no entanto apresenta taxas de cura superiores a 80% quando administrado em três a quatro dias consecutivos¹⁶. No entanto, os seus efeitos adversos (náuseas, vômitos, cefaleias e vertigens) limitam a sua utilização. O Albendazol é um fármaco bem tolerado, utilizado no tratamento de outras parasitoses intestinais, no entanto, diversos estudos ainda não conseguiram estabelecer a posologia ótima para o tratamento da larva *migrans* cutânea: taxas de cura de 100% foram descritas com a utilização de 400mg em dose única¹⁷, 400mg/dia durante três dias¹⁸ e cinco dias¹⁹ consecutivos. A Ivermectina, para além de ser bem tolerada, tem a vantagem de ser altamente eficaz na dose única de 12mg no adultos e 150g/kg nas crianças²⁰. O tratamento da foliculite pode necessitar de várias tomas únicas semanais¹⁵.

Através do presente caso clínico, os autores pretendem alertar para uma patologia que tenderá a tornar-se mais frequente na prática clínica, salientando a importância do aconselhamento dos turistas para a sua prevenção, nomeadamente através da evicção de praias com cães e gatos e uso de calçado de proteção, toalhas e cadeiras, de forma a evitar o contato direto com a areia ou solos contaminados. Destaca-se ainda a importância de adoção de programas de erradicação da doença nos países endémicos, nomeadamente através da administração de anti-helmínticos aos animais²¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Monsel G, Caumes E. Recent developments in dermatological syndromes in returning travelers. Curr Opin Infect Dis. 2008; 21:495-9.
2. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. N Eng J Med. 2006; 354:119-30.

Caso Clínico

3. O'Brien BM. A practical approach to common skin problems in returning travelers. *Travel Med Infect Dis*. 2009; 7:125-6.
4. Caumes E, Carriere J, Guernonprez G, Bricaire F, Danis M, Gentilini M. Dermatitis associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit. *Clin Infect Dis*. 1995; 20:542-8.
5. Romano C, Albanese G, Gianni C. Emerging imported parasitoses in Italy. *Eur J Dermatol*. 2004; 14:58-60.
6. Wilson ME, Chen LH. Dermatologic infectious diseases in international travelers. *Curr Infect Dis Rep*. 2004; 6:54-62.
7. Hotez PJ, Narasimhan S, Haggerty J, Milstone L, Bhopale V, Schad GA, et al. Hyaluronidase from infective *Ancylostoma* hookworm larvae and its possible function as a virulence factor in tissue invasion and cutaneous larva migrans. *Infect Immun*. 1992; 60:1018-23.
8. Celano G, Ruatti P. Larva migrans cutanea (creeping eruption). Osservazioni su un caso autoctono trattato con albendazolo. *Chron Dermatol*. 1996; 6:517-28.
9. Blackwell V, Vega-Lopez F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases in the returning traveller. *Br J Dermatol*. 2001; 145:434-7.
10. Guill M, Odom R. Larva migrans complicated by Löffler's syndrome. *Arch Dermatol*. 1978; 114:1525-6.
11. Tremblay A, MacLean JD, Gyorkos T, MacPherson DW. Outbreak of cutaneous larva migrans in a group of travellers. *Trop Med Int Health*. 2000; 5:330-4.
12. Heukelbach J, Gomide M, Araújo F Jr, Pinto NS, Santana RD, Brito JR, et al. Cutaneous Larva Migrans and Tungiasis in International Travelers Exiting Brazil: An Airport Survey. *J Travel Med*. 2007; 14:374-80.
13. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Dermatol*. 2001; 40:67-71.
14. Patel S, Sethi A. Imported tropical diseases. *Dermatol Ther*. 2009; 22:538-49.
15. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans and *Toxocara* infection. *Fundam Clin Pharmacol*. 2003; 17:213-6.
16. Jacksonville Dermatology Society. Creeping eruption treated with tiabendazole. *Arch Dermatol*. 1965; 91:427-9.
17. Orihuela AR, Torres JR. Single dose of albendazole in the treatment of cutaneous larva migrans. *Arch Dermatol*. 1990; 126:398-9.
18. Jones SK, Reynolds NJ, Oliwiecki S, Harman RR. Oral albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. *Br J Dermatol*. 1990; 122:99-101.
19. Coulaud JP, Binet D, Voyer C, Samson C, Moreau G, Rossignol JF. Traitement du syndrome de Larva Migrans cutanée "larbich" par l'albendazole; à propos de 18 observations. *Bull Soc Path Exot*. 1982; 75:534-7.
20. Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimazava P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: a prospective study, with assessment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis*. 2000; 31:493-8.
21. Heukelbach J, Mencke N, Feldmeier H. Editorial: Cutaneous larva migrans and tungiasis: the challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. *Trop Med Int Health*. 2002; 7:907-10.